

# Patienten – Fragebogen

Rezept vom:

Datum:

Auszufüllen vom Patienten

Physiotherapie ist eine Form der Therapie, die sowohl präventiv als auch zur Behandlung von Krankheiten eingesetzt wird. Der Therapeut untersucht dabei zunächst die betroffene Körperstelle und vereinbart gemeinsam mit dem Patienten ein individuelles Therapieziel. Entsprechend des Befundes und des Therapiezieles führen Patient und Therapeuten ein Übungsprogramm durch. Die Eigenaktivität des Patienten und die konsequente Einhaltung der Hausübungen haben wesentlichen Anteil an der Erreichung des Therapieziels.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt:

Beschreiben Sie Ihre Probleme bzw. Schmerzen: \_\_\_\_\_

Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Welcher regelmäßigen Freizeitaktivität gehen Sie nach? \_\_\_\_\_

Liegen weitere Erkrankungen/Einschränkungen oder OPs vor?

Ja

Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente?

Ja

Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Benötigen Sie derzeit Hilfsmittel? (Unterarmgehstützen, Rollator, Abduktionskissen etc.)?

Ja

Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Gibt es Einschränkungen im Alltag? \_\_\_\_\_

Was für Maßnahmen haben Sie bis jetzt unternommen? (z.B. Akkupunktur, Spritzen, Gymnastik etc.) \_\_\_\_\_

Was erwarten Sie von der Behandlung? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient



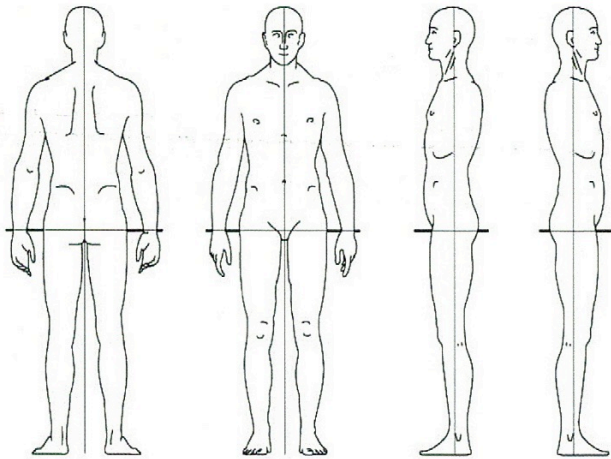
# Befundbogen Auszufüllen vom Therapeuten

**Diagnose:** \_\_\_\_\_

**Verordnung:** \_\_\_\_\_

**Schmerzen/Funktion:**

Wo hat der Patient Schmerzen?



Wie sind die Schmerzen:

- drückend       stechend
- brennend       scharf
- krampfartig       Gefühl durchzubrechen
- pochend       ziehend
- ausstrahlend       \_\_\_\_\_

Wann oder bei was treten die Schmerzen auf?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Seit wann treten die Beschwerden auf?

- Akut       Chronisch

**Aktuelles Schmerzempfinden / Funktionsstörung** ( 1 schwach bis 10 stark)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Inspektion / Palpation** \_\_\_\_\_

**Funktion / Beweglichkeit** \_\_\_\_\_

**Spezifische Befunde / Tests** \_\_\_\_\_

**Hypothese** \_\_\_\_\_

**Therapieziel / Teilziele** \_\_\_\_\_

**Sonstiges** \_\_\_\_\_

**Rebefund** nach der Behandlungsserie

**Wurden die Behandlungsziele erreicht?**

- Ja       Nein

Wie haben sich die Probleme verändert? \_\_\_\_\_

**Aktuelles Schmerzempfinden / Funktionsstörung** ( 1 schwach bis 10 stark)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Therapieprognose / Empfehlung:** \_\_\_\_\_